-République Algérienne Démocratique et Populaire-

Wilaya : …….

Établissement Public de Santé de Proximité : …….

-Certificat Médical Général / Spécial-

Je soussigné(e), Dr. ……..……Certifie avoir examiné(e) le(la) nommé(e) :
Nom et prénom : …….
Date et lieu de naissance : ……à ……
Qualité de l'intéressé(e) : Candidat(e) à ……..

L'examen médical n'a révélé aucun signe indiquant une atteinte par les maladies suivantes :
- Maladies infectieuses
- Tumeurs cancéreuses
- Paralysie physique
- Maladies infantiles graves (si le concerné est mineur)
- Maladies pulmonaires
- Tuberculose pulmonaire

En conséquence, l'intéressé(e) est jugé(e) apte sur le plan médical.

Fait à ……. le : …….....

Signature du médecin et cachet de l'établissement

X